

健康保険証の氏名の上をご覧ください。 (被保険者・家族) 出産育児一時金請求書 (受取代理用)

どちらかに○をつけてください。

在籍会社と勤務地を記入

被保険者・被扶養者に関する事項	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	(印)	
	事業所名称	会社名		事業場		
	家族(被扶養者)が出産の場合	氏名		続柄		
		生年月日	平成	年	月	日
	出産予定日	平成			ヶ月	週
	出産予定の病院・産院	名称				
	所在地					
被保険者に対する支払金融機関	銀行	店	預金種別	普通・当座・別段		
	金庫	支店	口座番号			
	農協	出張所	フリガナ			
			口座名義			

家族分の申請の場合に記入してください。

被保険者(本人)口座を記入してください

受取代理人の記入する事項

申請者である甲(被保険者)は、医療機関等である乙(病院・産院)を代理人と定め、甲が請求する、出産育児一時金等の受領に関する権限を乙に委任します。また、甲は出産育児一時金等の制度は利用しません。

被保険者(本人)捺印

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

甲(被保険者) 住所

氏名 (印)

この欄は、本人が医療機関に記入を依頼してください。

ダイセル健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、出産育児一時金の申請をいたします。

年 月 日

住所

被保険者(申請者)

氏名 (印)

【注意事項】

- 申請には、出産予定日まで2ヵ月以内であること、及び医療機関等の同意を必要とします。
- 代理人(医師)は対象者が、出産予定日 月以内である旨の証明をすること。
- 出産費請求が上限額を超えた場合は、被保険者が医療機関等に直接支払うこと。
- 支給対象者でなくなった場合、提出日、被保険者(本人)、捺印 った場合には、健保組合に連絡のこと。

健保組合使用欄